

И. А. Демьянов<sup>1,2</sup>, В. В. Сурикова<sup>1</sup>, Е. Ю. Мельник<sup>1</sup>

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

<sup>1</sup> Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1,  
Российская Федерация, 350007, Краснодар, ул. Красная, 1

<sup>2</sup> Кубанский государственный медицинский университет,  
Российская Федерация, 350063, Краснодар, ул. Седина, 4

В обзорной статье рассмотрены современные тенденции применения антиконвульсантов в психиатрической практике, являющиеся малоизученной и редко затрагиваемой проблемой, за исключением вопросов терапии биполярного расстройства. Кратко описаны основные особенности группы препаратов. Представлены данные зарубежных исследований по основным антиконвульсантам. Рассмотрены результаты как крупных метаанализов, так и открытых исследований с малым количеством пациентов, демонстрирующие основные направления научных изысканий по данной тематике. Приведенные данные могут стать основой не только для дальнейших исследований, но и для осмотрительного и разумного применения в клинической практике, особенно в сложных, труднокурабельных случаях, требующих от врача максимального широкого кругозора и знания современных тенденций в психиатрии. Библиогр. 55 назв.

*Ключевые слова:* антиконвульсанты, психофармакотерапия, психиатрия, шизофрения, расстройства пищевого поведения.

## CURRENT TRENDS IN THE USE OF ANTICONVULSANTS IN PSYCHIATRIC PRACTICE

I. A. Demyanov<sup>1,2</sup>, V. V. Surikova<sup>1</sup>, E. Yu. Melnik<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Specialized Clinical Psychiatric Hospital N 1,  
1, ul. Krasnaya, Krasnodar, 350007, Russian Federation

<sup>2</sup> Kuban State Medical University,  
4, ul. Sedina, Krasnodar, 350063, Russian Federation

The goal of the review article is to examine current trends in psychiatric practice regarding the use of anticonvulsants that are not related to the treatment of bipolar disorder. The article provides a brief description of the main characteristics of this class of drugs and discusses findings of international studies on the major anticonvulsants. The summary of the results of large meta-analyses as well as open data of studies with a small number of participants demonstrates the main trends in scientific research on the subject. Refs 55.

*Keywords:* anticonvulsants, psychopharmacotherapy, psychiatry, schizophrenia, eating disorders.

## Введение

Постоянный прогресс психофармакологии приводит к появлению новых лекарственных средств, из-за чего значение старых, хорошо изученных препаратов незаслуженно уменьшается. При этом зачастую специалисты используют их в тех дозировках и при тех клинических состояниях, при которых они привыкли назначать данные препараты. Вероятно, именно с этим связано недостаточное внимание к появлению новых показаний у лекарственных средств со стороны специалистов.

Важность грамотной и рациональной психофармакотерапии для каждого пациента невозможно переоценить. Стоит отметить, что значительная доля случаев неэффективности терапии связана с ее неадекватным применением. Зачастую поздно начатое лечение низкими дозами препаратов, незнание особенностей действия, а также частая смена препарата без учета длительности терапии и без достижения эффективной терапевтической дозировки приводят к раннему прекращению лечения и снижению комплаентности пациента к последующему лечению. Именно поэтому так важно для врача поддерживать свои знания о последних веяниях в области психофармакотерапии на должном уровне.

Впервые данные об использовании антиконвульсантов в лечении состояний, не относящихся к эпилепсии, появились в 1942 г., когда было описано лечение невропатической боли при тригеминальной невралгии с помощью фенитоина. Позднее для терапии тригеминальной невралгии стал использоваться карбамазепин. Новой эрой в использовании антиконвульсантов в психиатрии стало их применение в качестве средств базовой терапии биполярного аффективного расстройства (БАР).

В данном обзоре рассмотрены современные тенденции применения (по материалам зарубежных авторов) препаратов из группы антиконвульсантов, часто фигурирующих в психиатрии как нормотимики, что может расширить представления специалистов о сфере их применения. Стоит отметить, что не все показания являются подтвержденными по результатам метаанализов и тем более официально зарегистрированными, однако в них прослеживается отчетливый потенциал как для дальнейших научных исследований, так и для индивидуального использования в сложных терапевтических случаях. Любые новые данные, не имеющие систематического научного подтверждения, требуют критического отношения со стороны специалиста и внимания к появлению новых исследований по данному вопросу для формирования рационального подхода к использованию лекарственных средств. Так, Тариот [1] в 2002 г. постулировал возможность смягчения ажитации при болезни Альцгеймера, а также замедления течения заболевания при помощи вальпроатов, однако в 2004 г. Лонеган [2], а позднее и сам Тариот [3] привели данные о неэффективности терапии болезни Альцгеймера с помощью вальпроатов, что, наряду с широким спектром побочных эффектов данной группы, ставит под сомнение необходимость дальнейших их исследований и применения в этой области.

### **Общие показания**

Изучение антиконвульсантов как дополнительных препаратов в терапии шизофрении продолжается. Вальпроаты, ламотриджин, карбамазепин, трилептал и топирамат являются потенциальными претендентами на данную роль [4–6]. С целью разработки клинических рекомендаций по применению данных препаратов у пациентов с шизофренией необходимы тщательные дальнейшие исследования.

Необходимо также отметить особенность группы антиконвульсантов, часто ускользающую от внимания практических врачей, а именно их способность увеличивать риск перелома костей за счет нескольких механизмов, в том числе за счет снижения концентрации витамина D и интенсификации процессов обновления костной ткани [7]. С учетом изначально повышенного риска переломов у пациентов с клинически верифицированной депрессией [8; 9] вопрос применения анти-

конвульсантов требует дополнительного внимания, хотя ламотриджин, вероятно, не приводит к потере плотности костной ткани [7].

### **Вальпроаты**

Применение вальпроатов в качестве основной линии терапии биполярного аффективного расстройства подробно описано ведущими мировыми специалистами и давно используется в практической медицине, в связи с чем не будет рассматриваться в данном обзоре.

Среди новых, относительно редко используемых в психиатрии показаний было отмечено влияние вальпроатов [10] на снижение уровня импульсивной агрессии у лиц с диагностированными расстройствами личности, входящими в кластер В по DSM-IV, DSM-V (антисоциальное, гистрионное, нарциссическое, пограничное расстройства личности). Особенно благоприятное воздействие на уровень агрессии было отмечено при пограничном расстройстве личности [11].

В 2010 г. было проведено 12-недельное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование ( $n=27$ ), в котором вальпроаты продемонстрировали значимый эффект в отношении раздражительности у детей и подростков с расстройством аутистического спектра, причем доля пациентов, у которых наблюдалась значимая редукция симптоматики, составила 62,5 % [12].

### **Оскарбазепин**

Кауфман [13] сообщает о наличии исследований, в которых было отмечено существенное снижение импульсивной агрессии у пациентов, а также исследований, в которых оскарбазепин помогал в улучшении состояния при абстинентном синдроме, вызванном отменой бензодиазепинов.

Имеются данные об исследовании [14], в котором была продемонстрирована способность оскарбазепина к аугментации нейролептической терапии при шизофрении. При этом были отмечены его хорошая переносимость и отсутствие значимого фармакокинетического взаимодействия с амисульпридом, кветиапином и оланзапином.

Описано несколько единичных случаев применения оскарбазепина в терапии расстройств аутистического спектра с нарушениями поведения [15]. Результатом использования препарата явилось улучшение способности детей к взаимодействию и уменьшение уровня агрессии, что требует подтверждения в методологически выверенных исследованиях.

### **Ламотриджин**

Имеются обнадеживающие данные о вероятной эффективности ламотриджина в терапии шизофрении [16]. Антиглутаматэргическое влияние ламотриджина является одним из возможных механизмов действия при шизофрении и, вероятно, приводит к синергичному эффекту в сочетании с клозапином, являющимся антагонистом глутамата. Положительный эффект ламотриджина в сочетании с клозапином у пациентов с резистентной к терапии шизофренией был продемонстрирован в нескольких исследованиях и метаанализе [17–19].

Однако в более позднем исследовании с 34 участниками [20] данные результаты не нашли подтверждения, что говорит о необходимости продолжения дальнейших исследований в данной области и, возможно, о выделении более узкой когорты пациентов с шизофренией, у которых возможна аугментация с помощью ламотриджина.

В 2000 г. описано успешное применение ламотриджина в качестве препарата для аугментации терапии обсессивно-компульсивного расстройства [21]. В более позднем двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании [22] было продемонстрировано, что ламотриджин может использоваться с целью усиления эффективности терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина в случаях резистентного обсессивно-компульсивного расстройства с целью уменьшения выраженности обсессий и компульсий, а также коррекции сопутствующих аффективных нарушений.

Существующие исследования [23; 24] свидетельствуют о перспективности ламотриджина в терапии пограничного личностного расстройства (ПЛР). Ламотриджин продемонстрировал превосходство над плацебо в отношении выраженности импульсивности и гнева у пациентов с ПЛР по данным метаанализа, включавшего 28 исследований [25].

### Леветирацетам

В открытом пилотном исследовании [26] леветирацетам продемонстрировал эффективность в отношении симптомов дисморфофобии у 9 из 17 пациентов (52,9%), что наряду с хорошей переносимостью говорит о необходимости дальнейших углубленных исследований в этой области.

В исследовании Симон с соавт. [27], согласно результатам, полученным с помощью шкалы Либовица (LSAS), CGI-S и шкалы Гамильтона для оценки тревоги, постулируются безопасность и потенциальная эффективность леветирацетама для лечения социофобии, однако эти данные требуют подтверждения в других исследованиях.

В двух открытых исследованиях [28; 29] с малыми выборками пациентов (менее 20) была отмечена эффективность леветирацетама для коррекции поведенческих нарушений у пациентов с деменцией, что могло бы расширить спектр препаратов, используемых в геронтопсихиатрии. В то же время стоит учитывать данные о единичных случаях возникновения острых психотических расстройств, которые исследователи связывают с применением леветирацетама [30–32].

### Зонисамид

Зонисамид продемонстрировал достаточную эффективность в исследовании [33], где изучалась его способность к снижению веса.

В 2012 г. в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, длившемся на протяжении года, в качестве средства для снижения веса у людей с избыточной массой тела также использовался зонисамид [34]. Стоит отметить, что эффективной была доза 400 мг в сутки, тогда как доза препарата 200 мг в сутки не показала существенного отличия от плацебо.

Перспективность препарата в психиатрической практике была продемонстрирована в применении зонисамида для профилактики набора массы тела у паци-

ентов с шизофренией и биполярным аффективным расстройством [35]. Пациенты были распределены в две группы. Первая получала оланзапин с зонисамидом, а вторая — оланзапин и плацебо. В группе с плацебо средний набор массы составил 5 кг, тогда как в группе зонисамида — 0,9 кг. Также стоит отметить, что в данном исследовании было отмечено наличие у некоторых пациентов побочных явлений со стороны когнитивной сферы у пациентов, получавших зонисамид.

### Топирамат

В разных странах проведено множество различных исследований, убедительно демонстрирующих эффективность топирамата в качестве агента, снижающего массу тела [36–38]. Данные, полученные в ходе этих исследований, позволяют с успехом использовать препарат в коррекции набора массы, вызванной приемом нейролептической терапии.

Топирамат может вскоре найти свое место в терапии нарушений пищевого поведения, в частности в лечении булимии за счет снижения аппетита, о чем свидетельствуют данные нескольких исследований [39; 40].

Также стоит упомянуть об эффективности применения топирамата при лечении компульсивного переедания [41], а также о довольно обнадеживающих результатах в терапии синдрома ночного переедания и синдрома ночного пищевого поведения [42].

Особое значение для психиатрии имеют исследования влияния топирамата на увеличение массы тела, вызванное оланзапином. Исследователи сходятся во мнении, что добавление топирамата к оланзапину позволяет как предотвратить значительный набор массы тела, так и снизить уже набранный вес [43–46].

Одной из потенциальных областей использования топирамата является снижение зависимости от табака [47]. Однако в небольшом открытом исследовании [48] продемонстрированы спорные данные, т. к. наряду с уменьшением желания закурить топирамат усилил полученное удовольствие от выкуренной сигареты после прерывания периода воздержания.

Еще одной интересной областью возможного применения топирамата является лечение трихотилломании. Открытое исследование [49], в котором приняли участие 14 пациентов, завершили 9 человек, отметивших достоверно значимое уменьшение желания выдергивать волосы.

Еще одной перспективной областью применения топирамата является гемблинг. Хотя некоторые авторы постулируют эффективность применения препарата [50–52], другие говорят о необходимости дальнейшего изучения этого вопроса с целью достоверного определения эффективности препарата и разработки четких критериев его применения в силу неоднозначности результатов [53–55].

Как и в случае с зонисамидом, когнитивные нарушения могут существенно ограничивать применение топирамата на практике.

### Выводы

Несмотря на постоянное расширение показаний к применению антиконвульсантов, эта группа препаратов требует аккуратного и внимательного отношения со стороны специалистов, учета возможных вариантов фармакологического

взаимодействия, профиля безопасности и побочных эффектов (индивидуальных для препарата и общегрупповых), особенно в случае применения препаратов *off-label* (с нарушением предписаний утвержденной инструкции). В большинстве описанных случаев необходимы дальнейшие методологически выверенные исследования на больших выборках для подтверждения или опровержения наличия новых показаний у препаратов.

## References

1. Tariot P.N., Loy R., Ryan J., Porsteinsson A., Ismail S. Mood stabilizers in Alzheimer's disease: symptomatic and neuroprotective rationales. *Adv. Drug Deliv. Rev.*, 2002, vol. 54, no. 2, pp. 1567–1577.
2. Lonergan E., Cameron M., Luxenberg J. Valproic acid for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2004, no. 2, CD003945.
3. Tariot P.N., Schneider L.S., Cummings J., Thomas R.G., Raman R., Jakimovich L.J., Loy R., Bartocci B., Fleisher A., Ismail M.S., Porsteinsson A., Weiner M., Jack C.R. Jr., Thal L., Aisen P.S. Chronic divalproex sodium to attenuate agitation and clinical progression of Alzheimer disease. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2011, vol. 68, no. 8, pp. 853–861.
4. Rogawski M.A., Loscher W. The neurobiology of antiepileptic drugs for the treatment of nonepileptic conditions. *Nature Medicine*, 2004, vol. 10, no. 7, pp. 685–692.
5. Spina E., Perugi G. Antiepileptic drugs: indications other than epilepsy. *Epileptic Disord.*, 2004, vol. 6, no. 2, pp. 57–75.
6. Ettinger A.B., Argoff C.E. Use of antiepileptic drugs for nonepileptic conditions: psychiatric disorders and chronic pain. *Neurotherapeutics*, 2007, vol. 4, no. 1, pp. 75–83.
7. Ali I.I., Schuh L., Barkley G.L., Gates J.R. Antiepileptic drugs and reduced bone mineral density. *Epilepsy Behav.*, 2004, vol. 5, no. 3, pp. 296–300.
8. Rosenblat J.D., Gregory J.M., Carvalho A.F., McIntyre R.S. Depression and Disturbed Bone Metabolism: A Narrative Review of the Epidemiological Findings and Postulated Mechanisms. *Curr. Mol. Med.*, 2016, vol. 16, no. 2, pp. 165–178.
9. Williams L.J., Pasco J.A., Jackson H., Kiroopoulos L., Stuart A.L., Jacka F.N., Berk M. Depression as a risk factor for fracture in women: A 10-year longitudinal study. *J. Affect. Disord.*, 2016, vol. 192, pp. 34–40.
10. Hollander E., Tracy K.A., Swann A.C., Coccaro E.F., McElroy S.L., Wozniak P., Sommerville K.W., Nemeroff C.B. Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology*, 2003, vol. 28, no. 6, pp. 1186–1197.
11. Hollander E., Swann A.C., Coccaro E.F., Jiang P., Smith T.B. Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 2005, vol. 162, no. 3, pp. 621–624.
12. Hollander E., Chaplin W., Soorya L., Wasserman S., Novotny S., Rusoff J., Feirsen N., Pepa L., Anagnostou E. Divalproex sodium vs placebo for the treatment of irritability in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Neuropsychopharmacology*, 2010, vol. 35, no. 4, pp. 990–998.
13. Kaufman K.R. Antiepileptic drugs in the treatment of psychiatric disorders. *Epilepsy Behav.*, 2011, vol. 21, no. 1, pp. 1–11.
14. Leweke F.M., Gerth C.W., Koethe D., Faulhaber J., Klosterkötter J. Oxcarbazepine as an Adjunct for Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 2004, vol. 161, pp. 1130–1131.
15. Kapetanovic S. Oxcarbazepine in youths with autistic disorder and significant disruptive behaviors. *Am. J. Psychiatry*, 2007, vol. 164, no. 5, pp. 832–833.
16. Hosák L., Libiger J. Antiepileptic drugs in schizophrenia: a review. *Eur. Psychiatry*, 2002, vol. 17, no. 7, pp. 371–378.
17. Dursun S.M., McIntosh D., Milliken H. Clozapine plus lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, vol. 56, p. 950.
18. Tiihonen J., Hallikainen T., Rynänen O.P., Repo-Tiihonen E., Kotilainen I., Eronen M., Toivonen P., Wahlbeck K., Putkonen A. Lamotrigine in treatment-resistant schizophrenia: a randomized placebo-controlled crossover trial. *Biol. Psychiatry*, 2003, vol. 54, no. 11, pp. 1241–1248.
19. Tiihonen J., Wahlbeck K., Kiviniemi V. The efficacy of lamotrigine in clozapine-resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.*, 2009, vol. 109, no. 1–3, pp. 10–14.



20. Vayisoğlu S., Anil Yağcıoğlu A.E., Yağcıoğlu S., Karahan S., Karci O., Gürel S.C., Yazici M.K. Lamotrigine augmentation in patients with schizophrenia who show partial response to clozapine treatment. *Schizophr. Res.*, 2013, vol. 143, no. 1, pp. 207–214.
21. Kumar T.C., Khanna S. Lamotrigine augmentation of serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 34, pp. 527–528.
22. Bruno A., Mico U., Pandolfo G., Mallamace D., Abenavoli E., Di Nardo F., D'Arrigo C., Spina E., Zoccali R.A., Muscatello M.R. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J. Psychopharmacol.*, 2012, vol. 26, pp. 1456–1462.
23. Pinto O.C., Akiskal H.S. Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J. Affect. Disord.* 1998, vol. 51, no. 3, pp. 333–343.
24. Sieberer M., Emrich H.M. Empirical evidence for the use of anticonvulsants in personality disorders. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 2009, vol. 77, no. 3, pp. 133–138.
25. Stoffers J., Völm B.A., Rücker G., Timmer A., Huband N., Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2010, no. 6, CD005653.
26. Phillips K.A., Menard W. A prospective pilot study of levetiracetam for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.*, 2009, vol. 14, no. 5, pp. 252–260.
27. Simon N.M., Worthington J.J., Doyle A.C., Hoge E.A., Kinrys G., Fischmann D., Link N., Pollock M.H. An open-label study of levetiracetam for the treatment of social anxiety disorder. *Clin. Psychiatry*, 2004, vol. 65, no. 9, pp. 1219–1222.
28. Weiner M., Womack K., Martin-Cook K., Svetlik D.A., Hynan L.S. Levetiracetam for agitated Alzheimer's disease patients. *Int. Psychogeriatr.*, 2005, vol. 17, no. 2, pp. 327–328.
29. Kyomen H.H., Whitfield T.H., Baldessarini R.J. Levetiracetam for manic behavior in hospitalized geriatric patients with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2007, vol. 27, no. 4, pp. 408–410.
30. Rodríguez-Toledo S., Trebbau-López H., Reyes-Molón L., del Río-Vega J. Levetiracetam and psychosis. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2012, vol. 40, no. 1, p. 49.
31. Zaki S.A., Gupta S. Levetiracetam-induced acute psychosis in a child. *Indian J. Pharmacol.*, 2014, vol. 46, no. 3, pp. 341–342.
32. Kumar N., Swaroop H.S., Chakraborty A., Chandran S. Levetiracetam induced acute reversible psychosis in a patient with uncontrolled seizures. *Indian J. Pharmacol.*, 2014, vol. 46, no. 5, pp. 560–561.
33. Gadde K.M., Franciscy D.M., Wagner H.R. 2<sup>nd</sup>, Krishnan K.R. Zonisamide for weight loss in obese adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2003, vol. 289, no. 14, pp. 1820–1825.
34. Gadde K.M., Kopping M.F., Wagner H.R. 2<sup>nd</sup>, Yonish G.M., Allison D.B., Bray G.A. Zonisamide for weight reduction in obese adults: a 1-year randomized controlled trial. *Arch. Intern. Med.*, 2012, vol. 172, no. 20, pp. 1557–1564.
35. McElroy S.L., Winstanley E., Mori N., Martens B., McCoy J., Moeller D., Guerdjikova A.I., Keck P.E. Jr. A randomized, placebo-controlled study of zonisamide to prevent olanzapine-associated weight gain. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 2012, vol. 32, no. 2, pp. 165–172.
36. Correll C.U., Maayan L., Kane J., Martens B., McCoy J., Moeller D., Guerdjikova A.I., Keck P.E. Jr. Efficacy for psychopathology and body weight and safety of topiramate-antipsychotic cotreatment in patients with schizophrenia spectrum disorders: Results from a meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Clin. Psychiatry*, 2016, vol. 77, no. 6, pp. 746–756.
37. Khera R., Murad M.H., Chandar A.K., Dulai P.S., Wang Z., Prokop L.J., Loomba R., Camilleri M., Singh S. Association of pharmacological Treatments for obesity with weight loss and adverse events: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2016, vol. 315, no. 22, pp. 2424–2434.
38. Siebenhofer A., Jeitler K., Horvath K., Berghold A., Posch N., Meschik J., Semlitsch T. Long-term effects of weight-reducing drugs in people with hypertension. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2016, no. 3, CD007654.
39. Hedges D.W., Reimherr F.W., Hoopes S.P., Rosenthal N.R., Kamin M., Karim R., Capece J.A. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 2: improvement in psychiatric measures. *J. Clin. Psychiatry*, 2003, vol. 64, no. 12, pp. 1449–1454.
40. Hoopes S.P., Reimherr F.W., Hedges D.W., Rosenthal N.R., Kamin M., Karim R., Capece J.A., Karvois D. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures. *J. Clin. Psychiatry*, 2003, vol. 64, no. 11, pp. 1335–1341.
41. McElroy S.L., Arnold L.M., Shapira N.A., Keck P.E. Jr., Rosenthal N.R., Karim M.R., Kamin M., Hudson J.I. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am. J. Psychiatry*, 2003, vol. 160, no. 2, pp. 255–261.

42. McElroy S. L., Guerdjikova A. I., Martens B., Keck P. E. Jr., Pope H. G., Hudson J. I. Role of antiepileptic drugs in the management of eating disorders. *CNS Drugs.*, 2009, vol. 23, no. 2, pp. 139–156.
43. Kim J. H., Yim S. J., Nam J. H. A 12-week, randomized, open-label, parallel-group trial of topiramate in limiting weight gain during olanzapine treatment in patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 2006, vol. 82, no. 1, pp. 115–117.
44. Talaei A., Faridhosseini F., Kazemi H., Fayyazi Bordbar M. R., Rezaei Ardani A. Effect of topiramate on drug associated weight gain of patients with schizophrenia and bipolar i disorders: A dose ranging randomized trial. *Turk Psikiyatri Derg.*, 2016, vol. 27, no. 2.
45. Narula P. K., Rehan H. S., Unni K. E., Gupta N. Topiramate for prevention of olanzapine associated weight gain and metabolic dysfunction in schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled trial. *Schizophr. Res.*, 2010, vol. 118, no. 1–3, pp. 218–223.
46. Evers S. S., van Vliet A., van Vugt B., Scheurink A. J., van Dijk G. A low TSH profile predicts olanzapine-induced weight gain and relief by adjunctive topiramate in healthy male volunteers. *Psychoneuroendocrinology*, 2016, vol. 66, pp. 101–110.
47. Khazaal Y., Cornuz J., Bilancioni R., Zullino D. F. Topiramate for smoking cessation. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2006, vol. 60, pp. 384–388.
48. Reid M. S., Palamar J., Raghavan S., Flammino F. Effects of topiramate on cue-induced cigarette craving and the response to a smoked cigarette in briefly abstinent smokers. *Psychopharmacology*, 2007, vol. 192, pp. 147–158.
49. Lochner C., Seedat S., Niehaus D. J., Stein D. J. Topiramate in the treatment of trichotillomania: An open-label pilot study. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 2006, vol. 21, pp. 255–259.
50. Achab S., Khazaal Y. Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Curr. Pharm. Des.*, 2011, vol. 17, no. 14, pp. 1389–1395.
51. Egorov A. Iu. Sovremennyye podkhody k terapii igrovoi zavisimosti [Modern treatment approaches to gambling]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*, 2014, issue 2, vol. 114, no. 5, pp. 46–52. (In Russian)
52. Rosenberg O., Dinur L. K., Dannon P. N. Four-year follow-up study of pharmacological treatment in pathological gamblers. *Clin. Neuropharmacol.*, 2013, vol. 36, no. 2, pp. 42–45.
53. Berlin H. A., Braun A., Simeon D., Koran L. M., Potenza M. N., McElroy S. L., Fong T., Pallanti S., Hollander E. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for pathological gambling. *World J. Biol. Psychiatry*, 2013, vol. 14, no. 2, pp. 121–128.
54. McElroy S. L., Arnold L. M., Shapira N. A., Keck P. E. Jr., Rosenthal N. R., Karim M. R., Kamin M., Hudson J. I. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am. J. Psychiatry*, 2003, vol. 160, no. 2, pp. 255–261.
55. Yip S. W., Potenza M. N. Treatment of Gambling Disorders. *Curr. Treat. Options Psychiatry*, 2014, vol. 1, no. 2, pp. 189–203.

**Для цитирования:** Демьянов И. А., Сурикова В. В., Мельник Е. Ю. Современные тенденции использования антиконвульсантов в психиатрической практике // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 3. С. 235–242. DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.303

**For citation:** Demyanov I. A., Surikova V. V., Melnik E. Yu. Current trends in the use of anticonvulsants in psychiatric practice. *Vestnik SPbSU. Medicine*, 2017, vol. 12, issue 3, pp. 235–242. DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.303

Статья поступила в редакцию 14 февраля 2017 г.

Статья принята в печать 20 мая 2017 г.

#### Контактная информация:

Демьянов Иван Александрович — ассистент, врач-психиатр; demyanov.ivan@gmail.com

Сурикова Валерия Васильевна — врач-психиатр; surikova.valsur@yandex.ru

Мельник Елена Юрьевна — врач-психиатр; melnik.e.j@gmail.com

Demyanov Ivan A. — assistant, psychiatrist; demyanov.ivan@gmail.com

Surikova Valeriya V. — psychiatrist; surikova.valsur@yandex.ru

Melnik Elena Yu. — psychiatrist; melnik.e.j@gmail.com